FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1888 — **THÈSE** — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 13 décembre 1888, à 1 heure

Par PIERRE MILLARD

Né à Sens (Yonne), le 22 août 1865

DES ŒDÈMES

DANS

LA MALADIE DE BASEDOW

Président : M. DIEULAFOY, *professeur.*

Juges : MM. JACCOUD, *professeur.* LANCEREAUX, HUTINEL, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DES ÉCOLES

HENRI JOUVE

23, Rue Racine, 23

1888

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen ..... M. BROUARDEL.

Professeurs :

	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale	GUYON. LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	DUPLAY.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	TARNIER.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée	STRAUS.
Clinique médicale	SEE (G.) POTAIN. JACCOUD. PETER.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
Clinique chirurgicale	RICHET. VERNEUIL. TRELAT. LE FORT.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchement	N...

Professeurs honoraires : GAVARRET, SAPPEY, HARDY et PAJOT.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	GUEBHARD.	PEYROT.	REYNIER.
BLANCHARD.	HANOT.	POIRIER, chef des travaux anatomiques	Ribemont-Dessaignes.
BOUILLY.	HANRIOT.	POUCHET.	A. ROBIN.
BRISSAUD.	HUTINEL.	QUENU.	SCHWARTZ.
BRUN.	JALAGUIER.	QUINQUAUD.	SEGOND.
BUDIN.	JOFFROY.	RAYMOND.	TROISIER.
CAMPENON.	KIRMISSON.	RECLUS.	VILLEJEAN.
CHAUFFARD.	LANDOUZY.	REMY.	
DEJERINE.	MAYGRIER.		

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

Pendant les derniers mois du long séjour que nous avons eu l'avantage de faire dans le service de M. le Professeur Dieulafoy, il nous a été permis d'observer plusieurs cas de maladie de Basedow. Notre attention fut particulièrement attirée sur certains malades qui au cours de cette affection présentèrent un œdème considérable des membres inférieurs.

Les auteurs qui signalent l'apparition possible d'œdèmes au cours de la maladie de Basedow les considèrent comme relativement rares et les rattachent, soit à l'état cachectique que l'on peut voir survenir à la période terminale du goître exophthalmique, soit à une lésion valvulaire du cœur, soit à la chlorose; ils en font donc le plus souvent l'indice d'un état général grave ou d'une altération organique incurable.

Il est effectivement des cas où l'influence des causes précédentes ne peut être mise en doute, mais nombreuses sont les observations de goître exophthalmique dans lesquelles nous avons trouvé mentionné l'existence d'œdèmes, et cela, en dehors de tout état cachectique ou chlorotique, en dehors de toute lésion valvulaire.

Aussi notre intention est-elle d'étudier tout particulièrement la pathogénie des œdèmes en question, d'en signaler la fréquence, d'en déterminer les caractères, la

marche et la valeur pronostique. Nous terminerons cette étude en rapportant quelques unes des observations que nous avons pu recueillir sur ce sujet.

Que notre excellent maître, M. le Professeur Dieulafoy, veuille bien recevoir ici tous nos remerciements pour la bienveillance qu'il a toujours témoignée à notre égard et pour l'honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant la présidence de cette thèse.

Nous prions aussi nos anciens maîtres dans les hôpitaux Messieurs les docteurs Marchand, Brault et Maygrier de vouloir bien agréer l'expression de notre reconnaissance.

Enfin, nous devons un témoignage de gratitude tout particulier à M. le Dr Parinaud pour l'extrême obligeance avec laquelle il a bien voulu mettre à notre disposition les résultats de son expérience personnelle.

Des œdèmes que l'on peut voir survenir au cours de la maladie de Basedow, le plus commun c'est l'œdème des membres inférieurs. Il rappelle beaucoup par son siège, par sa marche, par ses caractères, l'œdème que l'on observe à la suite de lésions valvulaires du cœur.

Il débute presque toujours par la région périmalléolaire ou par la face dorsale du pied. D'abord très-léger, il n'apparaît que le soir, le plus souvent à la suite d'une marche un peu longue, d'une station verticale prolongée. Le malade se sent à l'étroit dans sa chaussure, le pied et la cheville sont légèrement gonflés et portent l'empreinte des parties saillantes avec lesquelles ils étaient en contact Le repos au lit, la position horizontale donnée aux membres inférieurs suffisent, le plus souvent, à faire disparaître l'infiltration œdémateuse dont il ne reste plus trace au bout de quelques heures.

L'œdème peut ainsi, pendant très-longtemps, rester localisé au pourtour des malléoles, disparaissant pendant plusieurs jours, plusieurs semaines, pour reparaître à l'occasion d'une légère fatigue. Son importance est si peu considérable, la gêne qu'il détermine si insignifiante, qu'il passe facilement inaperçu, le malade omettant de signaler ce symptôme sur lequel son attention n'a pas été suffisamment attirée.

Il n'est pas rare de voir l'infiltration séreuse des membres

inférieurs prendre une étendue et une importance plus considérables en même temps qu'elle devient plus persistante.

Chez un assez grand nombre de malades, en effet, l'œdème remonte jusqu'aux genoux, le tissu cellulaire est plus ou moins distendu par la sérosité. Mais dans ce cas, l'infiltration séreuse devient plus tenace ; elle augmente par l'exercice; le repos ne suffit plus à la faire disparaitre.

Enfin, il est des cas où l'œdème prend une telle importance qu'il prime tous les autres symptômes et force l'attention. Tout le tissu cellulaire des membres inférieurs est distendu par la sérosité. Au scrotum, à la verge, aux grandes lèvres, cette distension prend des proportions plus considérables encore. Les parois abdominales et thoraciques sont elles-mêmes œdématiées, elles forment un bourrelet dans les parties déclives. Des épanchements peuvent se faire dans les cavités séreuses et l'anasarque envahit parfois le corps tout entier: les membres thoraciques, la face, le cou. Les viscères eux-mêmes deviennent le siège d'infiltrations œdémateuses parfois si généralisées qu'elles peuvent amener la mort.

Si l'œdème se développe de préférence aux membres inférieurs, si dans certains cas il a une tendance à s'y établir d'une façon persistante, il peut aussi se développer isolément en un point quelconque du corps; aux paupières, à la face, au cou, aux membres supérieurs. Enfin, au lieu d'envahir simultanément les deux côtés du corps, il peut affecter une prédominance marquée pour l'un ou pour l'autre côté et cela, aussi bien pour le tronc et la face que pour les membres.

Les œdèmes de la Maladie de Basedow peuvent donc présenter dans leur siège, dans leur marche, dans leur durée, une foule de modalités. Rien n'est moins fixe, non plus, que l'époque à laquelle on peut les voir survenir. Les uns sont, pour ainsi dire, contemporains du début de l'affection. Certains peuvent devancer l'un ou l'autre des symptômes cardinaux de la maladie. L'œdème des paupières peut précéder l'exorbitis. L'œdème des membres inférieurs peut faire croire à une lésion valvulaire qui n'existe pas alors que les palpitations sont le seul signe d'une maladie de Graves à son début. Enfin, l'anasarque avec ou sans prédominance d'un côté du corps, peut coïncider avec les palpitations sans qu'il y ait de goître ni d'exophthalmie,

Plus tard, lorsque la maladie est à sa période d'état, l'apparition des œdèmes coïncide généralement avec les paroxysmes; mais on peut également les observer pendant les phases de rémission. En tous cas, ils ne suivent pas nécessairement une marche parallèle à l'affection qu'ils compliquent. Enfin, lorsque la Maladie de Basedow doit aboutir à une terminaison fatale, on peut encore voir survenir à la période terminale des œdèmes, et leur apparition ne fait qu'aggraver la tristesse du pronostic, car, ainsi que nous allons le voir, ils sont l'indice d'une altération profonde, irrémédiable, dans la nutrition des tissus.

PATHOGÉNIE

L'œdème se présente chez les malades atteints de goître exophthalmique sous des aspects si variés qu'il est permis a priori de supposer qu'il relève de causes multiples. Pourtant, malgré leur multiplicité, ces causes peuvent être rattachées à un nombre de groupes pathogéniques assez restreint :

1° Les unes, déterminant des altérations dans la crase du sang, nous aurons à étudier des œdèmes d'origine dyscrasique.

2° D'autres, agissant par les modifications qu'elles apportent, soit dans la texture, soit dans les fonctions du cœur, nous considérerons des œdèmes d'origine cardiaque.

3° Enfin, dans le groupe des œdèmes d'origine nerveuse, nous rangerons ceux qui reconnaissent pour cause un trouble dans les fonctions du système nerveux.

I. Œdèmes d'origine dyscrasique

La Maladie de Basedow peut s'accompagner d'altérations

plus ou moins profondes du sang. Qu'elles dépendent d'un état morbide, tel que la chlorose, développé antérieurement ou consécutivement à la maladie elle-même, ou bien qu'elles résultent des troubles apportés par cette maladie aux fonctions de nutrition, ces altérations peuvent dans l'un et l'autre cas aboutir à une anémie des plus accusées, parfois même à une véritable cachexie.

Certains auteurs ont accordé à la chlorose une importance qu'elle est loin d'avoir dans la Maladie de Basedow. Bouillaud allait même jusqu'à ne voir dans cette dernière affection qu'une forme particulière de la chlorose.

Teissier (de Lyon) fut le premier a réagir contre cette manière de voir et il publia plusieurs observations dans lesquelles il montra la Maladie de Basedow se développant et évoluant en dehors de tout état chloro-anémique.

Enfin Trousseau, lui aussi, protesta contre la théorie de Bouillaud, et, tout en accordant à la chlorose une large part dans la symptomatologie de la Maladie de Graves, il plaça définitivement cette dernière au rang des entités morbides.

Lorsque le goître exophthalmique se développe chez une malade chlorotique ou qui, au moment de la puberté, a présenté les signes de la chlorose, il n'est pas rare de voir ces mêmes symptômes reparaître ou s'accentuer sous l'influence de la Maladie de Basedow. On peut alors mettre sur le compte de l'altération du sang un certain nombre des phénomènes observés, tels que la pâleur des téguments, la décoloration des muqueuses, les hémorrhagies, la bouffissure du visage, l'œdème des paupières et des membres inférieurs.

Il y a lieu de se demander cependant si ces œdèmes sont bien d'origine dyscrasique et s'ils ne dépendent pas de quelque trouble nerveux comme on en observe si fréquemment chez les chloro-anémiques. (1)

Bien qu'on ait aujourd'hui singulièrement restreint l'importance pathogénique de la chlorose, on peut se demander si l'on ne considère pas encore comme trop intimes les liens qui la rattachent à la maladie de Basedow et si l'on n'a pas confondu avec la chlorose, entité morbide, un symptôme commun à un grand nombre de maladies chroniques, l'anémie. En dehors des altérations du sang qui peuvent être identiques, la chlorose ne diffère de l'anémie que par son cortège de symptômes nerveux. Or ces troubles nerveux: changement de caractère, palpitations, oppression, affaiblissement, de même que les troubles dyspeptiques et génitaux se retrouvent chez le plus grand nombre des sujets atteints de maladie de Basedow alors même qu'ils ne sont certainement ni des chlorotiques, ni des anémiques.

On comprend donc que, dans certains cas, il soit pour ainsi dire impossible de distinguer parmi les symptômes constatés ceux qui reviennent à l'anémie de ceux qui se rattachent au goître exophthalmique. C'est dans de pareils cas qu'on considère comme de véritables chlorotiques des malades qui ne sont que de simples anémiques, du fait même de leur maladie de Basedow.

L'anémie doit donc être bien plus fréquemment que la chlorose, une complication du goître exophthalmique. Rien d'étonnant, en effet, à ce qu'une affection détermine pres-

(1) Sée. Diagnostic et traitement des maladies du cœur. Paris 1879.

que constamment l'anémie alors que, comme la maladie de Basedow, elle atteint dans leurs fonctions tant d'organes de première importance au point de vue de la nutrition. Aussi, dans les cas graves, on voit un amaigrissement rapide succéder soit à l'anorexie, soit à la boulimie. Le malade ne tolère bientôt plus aucune nourriture, la diarrhée s'établit et tend à devenir colliquative, l'affaiblissement va toujours augmentant, des sueurs profuses surviennent, la fièvre hectique s'établit et, parallèlement à tous ces signes, indices d'un état général des plus graves, on voit l'anémie faire de tels progrès qu'elle aboutit bientôt à un véritable état cachectique. C'est alors que l'on voit apparaître des œdèmes plus ou moins généralisés, des infiltrations séreuses surtout accusées au niveau des parties déclives et qui s'accompagnent presque toujours d'épanchements dans les cavités séreuses.

Lorsque l'état anémique n'est pas trop prononcé, l'œdème se localise; il peut occuper la face, mais c'est surtout aux pieds, autour des malléoles, qu'il siége de préférence. D'abord fugitif, il devient permanent et gagne la partie inférieure des jambes.

Outre ces œdèmes qui ne peuvent être rapportés qu'à l'altération profonde subie par la crase du sang, il peut au cours de la cachexie exophthalmique, comme de toutes les autres cachexies, s'en développer qui reconnaissent pour cause l'oblitération de troncs veineux par des coagulations dont l'état du sang (inopexie) favorise la formation.

II. Œdèmes d'origine cardiaque

Si la maladie de Basedow peut se montrer en dehors de toute altération organique du cœur, elle peut exister aussi conjointement avec toutes les variétés de lésions matérielles dont cet organe peut être le siége. Insuffisances et rétrécissements valvulaires, hypertrophie, dilatation, ont été rencontrés au cours des autopsies, mais bien souvent on n'a pu constater la moindre altération organique.

Aussi Germain Sée distingue-t-il deux classes de cas : ceux où la maladie est accompagnée de palpitations dérivant d'un trouble purement fonctionnel, avec ou sans hypertrophie, et ceux où il existe une véritable lésion organique (1).

Cette division, nous la conserverons dans l'étude que nous allons entreprendre. Examinant successivement les lésions organiques que le cœur peut présenter dans la maladie de Basedow, nous apprécierons quelle part chacune d'elles peut avoir dans la production des œdèmes qui surviennent au cours de cette affection. Enfin, nous verrons si le cœur peut, en dehors de toute lésion matérielle, jouer un rôle dans la pathogénie de certains de ces œdèmes.

1° *Lésions valvulaires.* — Elles sont relativement rares puisque, d'après Ball (2), on ne les a rencontrées à l'au-

(1) Germain Sée. Diagnostic et trait. des mal. du cœur. 1879.
(2) Ball. Gazette des hôpitaux. Février 1873.

topsie que dans 1/16 des cas. C'est sur le compte de ces affections valvulaires qui peuvent coïncider avec la maladie de Basedow ou qui, d'après lui, seraient une des terminaisons les plus fréquentes de l'évolution pathologique, que M. Ball place les œdèmes des membres inférieurs que l'on observe parfois avec le goître exophthalmique.

Toute lésion valvulaire, lorsqu'elle cesse d'être compensée peut effectivement donner lieu à la production d'œdèmes plus ou moins accusés qui débutent le plus souvent par les membres inférieurs. A plus forte raison, lorsqu'une lésion de ce genre coïncide avec la maladie de Basedow, faut-il s'attendre à voir survenir rapidement les troubles fonctionnels auxquels elle peut donner naissance. Le goître exophthalmique, en effet, par les perturbations cardiaques qu'il ne manque jamais de déterminer, favorise singulièrement l'apparition d'accidents asystoliques.

C'est surtout au moment des paroxysmes que se manifestent les symptômes de l'asystolie, symptômes parmi lesquels les œdèmes occupent le premier rang.

Mais, dans ces cas, les caractères que présentent ces œdèmes diffèrent trop peu de ceux qu'on rencontre communément au cours de toute lésion valvulaire pour que nous nous arrêtions plus longuement à leur étude.

2° *Dilatation.* — Une altération du cœur que l'on rencontre souvent au cours de la maladie de Basedow, c'est la dilatation des cavités cardiaques avec ou sans hypertrophie des parois. (Graves, Præl, Stokes, Kœben, Trousseau).

A quelle cause convient-il de rapporter ces altérations? La plupart des auteurs les font dépendre des palpitations bien que la question de savoir si les palpitations peuvent à la longue entraîner la dilatation du cœur en produisant d'abord son hypertrophie soit diversement jugée.

MM. Thurn, Dacosta, Bernheim ont publié un assez grand nombre d'observations dans lesquelles l'action pathogénique des palpitations semble évidente. D'autre part, Auburtin, Constantin Paul, François Frank, Germain Sée font remarquer qu'au contraire les palpitations ne donnent jamais lieu à l'hypertrophie du cœur ; ils citent comme exemple les anémiques et les chlorotiques, lesquels sont si souvent atteints de palpitations qui, malgré leur durée et leur violence, ne provoquent jamais d'hypertrophie ou de dilatation cardiaques appréciables.

M. Pitres (1) distingue deux cas : ou bien les palpitations coïncident avec une augmentation du travail du cœur, et alors il se produit une hypertrophie de cet organe, puis une dilatation de ses cavités, — ou bien le travail du cœur est diminué; on ne constate alors ni hypertrophie, ni dilatation ; c'est le cas des chlorotiques et des anémiques chez lesquels la tension artérielle est généralement abaissée.

Malgré ces divergences d'opinion, il est à supposer que les palpitations, — symptôme constant dans la maladie de Basedow, — sont pour quelque chose dans la production des dilatations cardiaques rencontrées si souvent au cours de cette affection qui pourtant ne s'accompagne pas d'une exagération de la tension artérielle.

(1) Pitres. Hypert. et dilatations cardiaques indépend. des lés. valvulaires. Th. agrég. Paris, 1878.

Nous venons de voir qu'un assez grand nombre d'observateurs nient l'existence de la dilatation et de l'hypertrophie cardiaques dans la chlorose et l'anémie. Certains auteurs accordent au contraire une large part à ces deux affections dans la production de la dilatation.

« Dans les chloroses, dit Beau, le cœur est plus volumineux qu'à l'état normal; je m'en suis assuré au moyen de la percussion et surtout de la plessimétrie. »

Pourtant Bamberger, Friedreich, Wunderlich, Vogel, Gerhardt admettent cette opinion avec plus ou moins de réserves. — Virchow signale la dilatation du ventricule gauche.

M. Stark considère l'augmentation de volume du cœur dans les chloroses comme un fait démontré et l'attribue à une dilatation cardiaque consécutive elle-même au relâment, à l'atonie du myocarde. Il rapporte quatre observations dans lesquelles la matité précordiale augmentée pendant le cours de la maladie aurait repris après la guérison ses dimensions normales. Ces variations de volume du cœur seraient du reste considérables, puisque, dans l'espace de trois à sept semaines, cet auteur aurait constaté des différences de cinq centimètres et même dix centimètres dans l'étendue de la matité cardiaque.

En admettant même qu'il ne se soit glissé dans ces observations aucune cause d'erreur, la dilatation du cœur n'en reste pas moins exceptionnelle dans la chlorose. En général, en effet, le cœur reste petit chez les chlorotiques, et si l'on trouve quelquefois chez elles une augmentation de la matité cardiaque, c'est là un fait accidentel ou tenant à des altérations cardio-vasculaires dont l'existence, contraire-

ment à l'opinion de Virchow, ne fait pas partie intégrante de la maladie.

Les phénomènes de la chlorose vulgaire peuvent en effet coïncider avec une affection du cœur, le rétrécissement mitral ; c'est ce qui a déterminé M. le prof. Germain Sée à décrire une chlorose cardiaque. Andral n'admettait déjà pas la possibilité de l'œdème purement chlorotique et le rattachait à une altération cardiaque concomitante.

L'anémie, elle aussi, a été considérée comme une cause de dilatation et d'hypertrophie du cœur. Beau avait essayé de démontrer expérimentalement cette influence pathogénique de l'anémie sur le cœur. Il saignait pendant plusieurs jours de suite des chiens ou des lapins et comparait ensuite leurs cœurs avec le cœur d'animaux sains de même taille et de même âge. Dans ces conditions, il trouvait une différence de 1/5 ou 1/6 en faveur des premiers. Cette hypertrophie avec dilatation du cœur chez les anémiques, se rattachait pour Beau à une théorie de cet état morbide ; il croyait que les pertes du sang amenaient une polyhémie séreuse par suite de la réparation surabondante du sérum. — Des expériences très-précises dues à Dechambre et Vulpian ont fourni des résultats tout différents; elles ont démontré que, loin d'augmenter de poids par l'anémie, le cœur des chiens soumis à des saignées répétées, est au contraire moins pesant que celui des chiens non saignés.

Parmi toutes ces causes de dilatations du cœur admises par les uns, rejetées par les autres, il est bien difficile d'en trouver une capable d'expliquer les dilatations cardiaques passagères que l'on peut observer dans la maladie

de Basedow (1). Aussi nous demandons-nous s'il n'existe pas, en dehors des dila'ations passives du cœur, d'autres dilatations en quelque sorte actives, de même ordre que celles que le goître exophthalmique détermine presque constamment sur certains points de l'appareil vasculaire.

Quelle que soit sa cause, la dilatation du cœur, associée ou non à l'hypertrophie de ses parois, peut à un moment donné provoquer l'apparition d'œdèmes. Ceux-ci se présentent avec tous les caractères des œdèmes cardiaques vulgaires consécutifs à une lésion valvulaire, car ils reconnaissent le plus souvent pour origine une insuffisance des valvules auriculo-ventriculaires. Voici par quel mécanisme se produit cette insuffisance.

La dilatation du cœur ne peut atteindre un certain degré sans produire une distension des orifices et ceux-ci cédant peu à peu à l'effort qui tend sans cesse à agrandir leur diamètre se dilatent à leur tour à tel point que leurs valvules peuvent devenir insuffisantes à en assurer l'oblitération. C'est surtout au niveau de l'orifice tricuspide que s'observe l'insuffisance valvulaire consécutive à la dilatation du cœur et cela se comprend si l'on songe que le cœur droit est moins résistant que le gauche et qu'il est bien plus fréquemment le siège de dilatations excessives.

Friedreich (2) signale le premier cette cause de l'insuffisance tricuspide dans le cours de la Maladie de Basedow. Voici d'ailleurs comment il s'exprime à ce propos : « chez deux sujets, dit-il, j'ai trouvé le foie augmenté de volume

(1) Graves. Praël (de Berlin). Lescaux, th. doc. Paris, 1885.
(2) Traité des mal. du cœur, trad. de Lorbec et Doyon. Paris, 1873, p. 553

et sensible à la pression; on observait en même temps un pouls veineux hépatique manifeste dû sans doute à une insuffisance tricuspide relative résultant elle-même de l'état très-prononcé de dilatation dont le cœur était le siége;... dans les deux cas mentionnés ci-dessus il se développa à une période avancée de la maladie une hydropisie abondante qui s'accompagna même une fois des signes d'un épanchement séreux modéré dans les cavités pleurales. »

Mais ce n'est pas seulement la distension des orifices auriculo-ventriculaires qui crée l'insuffisance valvulaire, et même on peut dire que dans la grande majorité des cas elle serait incapable de la produire si elle n'était aidée par la direction vicieuse que la dilatation de la cavité ventriculaire donne nécessairement aux muscles papillaires.

MM. Potain et Rendu (1) ont particulièrement attiré l'attention sur cette cause de l'insuffisance consécutive à la dilatation du cœur : « sous l'influence de la pression « du sang, disent-ils, le ventricule droit tend à prendre « une forme globuleuse, d'où résulte l'obliquité des mus- « cles papillaires par rapport à leur direction primitive « et l'écartement des points d'insertion des cordages ten- « dineux. Comme ceux-ci sont inextensibles, il s'ensuit « que les bords libres de la valvule tricuspide ne peuvent « se relever horizontalement et que la régurgitation du « sang vers l'oreillette devient possible. »

La même explication s'applique du reste à l'insuffisance

(1) Nouv. dictionn. encyclop. des Sc. médicales. Art. cœur.

mitrale indépendante de lésions valvulaires qui s'observe quelquefois à la suite de dilatations considérables du ventricule gauche.

Ainsi donc, les valvules auriculo-ventriculaires, alors même qu'elles sont parfaitement saines, peuvent devenir insuffisantes par deux mécanismes différents : soit par distension exagérée de l'orifice au pourtour duquel elles s'insèrent, soit à la suite d'un changement de direction des muscles papillaires.

Or, le pronostic varie suivant que l'insuffisance est due à l'une ou à l'autre de ces causes. Pour que les orifices auriculo-ventriculaires se distendent au point de rendre insuffisantes les valvules qu'ils supportent, il faut que cette distension atteigne un degré assez considérable, ce qui ne va pas sans une dilatation excessive et prolongée des ventricules ; dans ce cas les lésions du cœur sont presque irréparables et leur gravité pour le moins aussi grande que lorsque l'insuffisance est consécutive à une lésion valvulaire primitive. Bien moins grave, au contraire, est l'insuffisance lorsqu'elle résulte de la direction vicieuse des muscles papillaires, car alors la dilatation peut n'être que transitoire et, lorsque les cavités du cœur reprendront leurs dimensions ordinaires, le jeu des valvules redeviendra normal et l'insuffisance disparaîtra.

Il faut donc bien connaître la possibilité de ces insuffisances passagères au cours de la maladie de Basedow pour ne pas croire à une lésion valvulaire compliquant la maladie principale, alors qu'en réalité il n'existe qu'une simple dilatation du cœur.

3° *Affaiblissement du muscle cardiaque.* — Mais si, par les désordres qu'elle apporte dans le jeu des valvules, la dilatation même légère du cœur peut être le point de départ de véritables accidents asystoliques, il faut aussi souvent rapporter ces accidents à une autre cause dont l'influence est encore plus efficace ; nous voulons parler de l'affaiblissement du muscle cardiaque.

D'abord la dilatation du cœur indique presque toujours un amoindrissement de la tonicité vitale du muscle qui, par suite de l'état de nutrition inférieure dans lequel il se trouve, ne peut opposer une résistance suffisante aux pressions qu'il doit supporter. D'autre part, les fibres musculaires distendues, étirées, perdent une partie de leur énergie contractile et favorisent l'apparition d'un état asystolique qui se manifeste dès que le cœur se trouve au dessous de sa tâche. Dans ce cas, ce n'est plus seulement l'appareil valvulaire, c'est aussi le myocarde qui, à son tour, est devenu insuffisant (1).

C'est donc parfois à l'influence combinée de ces deux causes, dilatation et affaiblissement du cœur, qu'il convient de rapporter ainsi que l'a fait M. Debove (2). (Obs. VII), certains accès d'asystolie que l'on peut observer au cours de la maladie de Basedow.

Mais cet état de faiblesse du muscle cardiaque peut se montrer indépendamment de toute lésion organique, de toute dilatation du cœur, il peut être dû aux seuls troubles de l'innervation cardiaque. (Obs. V). On observe

(1) Pignol. Asystolie indépendante de lésions valvulaires. Gaz hop. 21 juillet 1888.

(2) Debove. Société médicale des hôpitaux, 26 mars 1880.

alors une irrégularité plus ou moins prononcée dans le rythme des battements ; les pulsations se précipitent, inégales, irrégulières, souvent impuissantes à transmettre une onde de vibrations jusqu'à la radiale, et il peut survenir dans ces conditions une asystolie véritable avec cyanose, dyspnée, œdèmes, vertiges, anxiété, tous phènomènes en rapport avec un trouble profond de l'innervation du cœur. (1).

En résumé, l'insuffisance des valvules auriculo-ventriculaires s'observe assez fréquemment au cours de la maladie de Basedow.

Rarement due à une lésion primitive des valvules, elle est le plus souvent consécutive à une dilatation des cavités ventriculaires ; elle peut n'être alors que transitoire.

Quelle que soit la cause qui lui a donné naissance, cette insuffisance valvulaire peut se compliquer d'un affaiblissement du muscle cardiaque ; de là, l'apparition d'accidents asystoliques, parmi lesquels les œdèmes.

Ceux-ci peuvent cependant survenir en dehors de toute altération organique du cœur, les troubles de l'innervation suffisant parfois à déterminer, par surmènement du myocarde, cet état de faiblesse si favorable à la production de l'asystolie.

(1) Rendu. Nouv. dict. encycl. de med. Goître exopth.

III. Œdèmes d'origine nerveuse

Parmi les œdèmes qui se montrent au cours de la maladie de Basedow, il en est qui reconnaissent manifestement pour cause certains troubles du système nerveux.

Depuis longtemps déjà on connaissait l'existence d'hydropisies consécutives à des lésions du cerveau ou des nerfs ; — Schiff et Budge les reproduisirent même expérimentalement ; mais le mécanisme de la production de ces œdèmes restait inconnu. Leur pathogénie ne commença à s'élucider que lorsque Cl. Bernard eût démontré l'existence des vaso-moteurs et l'influence de ces nerfs sur les circulations locales. Les phénomènes observés à la suite de la section du grand sympathique du cou : dilatation des vaisseaux, accélération de la circulation, élévation de la pression intravasculaire, mirent en lumière le rôle de l'innervation vaso-motrice et permirent de supposer que si la paralysie des vaso-constricteurs était capable d'amener de telles modifications dans la circulation elle pourrait bien aussi déterminer des transsudations séreuses.

Ce fut Ranvier (1) qui le premier démontra expérimentalement le rôle des vaso-moteurs dans la pathogénie des hydropisies. Cherchant à provoquer l'œdème des membres inférieurs chez le chien, il lia la veine fémorale im-

(1) Recherches expérimentales sur la production de l'œdème. Comptes rendus. Acad. des Sciences, 1869.

médiatement au-dessous de l'anneau crural, mais aucun œdème ne se montra, ni le jour de l'opération, ni les jours suivants. — Il porta la ligature sur la veine cave inférieure ; il ne se forma pas d'œdème.

C'est alors qu'il songea à favoriser la production de l'hydropisie en paralysant les nerfs vaso-moteurs. Sectionnant donc l'un des sciatiques d'un chien après ligature préalable de la veine cave, il vit survenir du côté paralysé un œdème considérable, tandis que l'autre membre restait indemne. Ranvier reproduisit trois fois la même expérience et trois fois il obtint les mêmes résultats : Une heure après la section du nerf, l'œdème commençait à apparaître autour du tendon d'Achille ; en vingt heures, toute la portion du membre abdominal comprise entre le genou et le calcanéum était devenue le siége d'une infiltration œdèmateuse considérable. Chez un des chiens en expérience cet œdème a persisté pendant trois jours ; le quatrième, le gonflement diminua d'une manière progressive, et le cinquième, il avait complètement disparu.

Faisant porter ses sections tantôt sur les racines sensitives, tantôt sur les racines motrices du sciatique, Ranvier constata qu'elles étaient sans effet sur la production de l'œdème, tandis qu'au contraire l'infiltration séreuse succédait constamment à la section des filets vaso-moteurs de ce nerf.

L'influence pathogénique de la paralysie vaso-motrice sur les œdèmes observés était donc indiscutable. Restait à savoir dans quelle mesure son action avait été favorisée par la coexistence d'une autre cause hydropigène de pre-

mier ordre : la ligature de la veine cave inférieure. Il était permis de se demander si, en dehors de toute autre circonstance adjuvante, la simple section des nerfs vaso-moteurs suffirait à déterminer l'infiltration œdémateuse du territoire auquel ils se distribuent.

Or, il existe un certain nombre de faits cliniques et expérimentaux qui établissent nettement que certains œdèmes reconnaissent pour seule et unique cause une paralysie vaso-motrice. C'est ainsi que Budge, a vu la section du grand sympathique déterminer une tendance aux épanchements séreux. — Herbert Mayo a observé à la suite de la section du trijumeau, un œdème de la moitié correspondante de la face. Schiff a noté la production d'un hydropéricarde à la suite de l'extirpation des ganglions cervicaux du grand sympathique. Enfin Chossat (1) a provoqué l'apparition d'un œdème du membre inférieur par simple section du sciatique sans ligature préalable de la veine fémorale.

Brown Séquard d'autre part a signalé des œdèmes consécutifs à des lésions de la base de l'encéphale. Ces œdèmes s'accompagnent généralement de congestion intense et de suffusions hémorrhagiques. Charcot, Ollivier, Barety ont constaté dans les membres atteints d'hémiplégie à la suite d'hémorrhagie cérébrale un œdème précoce accompagné de rougeur et d'élévation de la température.

De ces faits on est en droit de conclure que la destruction des nerfs vaso-moteurs détermine dans le territoire auquel ils se distribuent une infiltration œdémateuse due à

(1) Chossat. Pathogénie des œdèmes. Th. Paris, 1874.

la paralysie vasculaire. Mais il n'est pas nécessaire pour que ce phénomène se produise qu'il y ait destruction des centres vaso-moteurs ou des filets qui en émanent ; de simples troubles de l'innervation vaso-motrice peuvent aboutir au même résultat. On peut, en effet, voir certains œdèmes se développer à la suite de la lésion d'un nerf dans une région qui ne correspond pas du tout au territoire du nerf lèsé, il faut donc admettre dans ce cas l'existence d'un trouble vaso-moteur réflexe et l'hypothèse la plus admissible est celle d'une excitation des vaso-dilatateurs.

Jusqu'à ces derniers temps la dilatation vasculaire était constamment considérée comme un phénomène d'ordre paralytique ; pourtant elle peut être un phénomène actif dû à l'excitation des vaso-dilatateurs. Ces nerfs forment ainsi que l'ont établi MM. Dastre et Morat (1) un système parallèle au système vaso-constricteur, distribué et généralisé comme ce dernier dont il est destiné à contrebalancer l'action. Ces deux systèmes, bien qu'ils affectent de nombreux rapports, conservent néanmoins une certaine indépendance ; ils peuvent l'un et l'autre être exclusivement le siège de troubles fonctionnels sans qu'il soit possible de déterminer sur lequel des deux porte l'altération. Aussi les phénomènes que l'on attribue à une paralysie vaso-motrice peuvent ils aussi bien être le résultat d'une paralysie des vaso-constricteurs que d'une irritation des vaso-dilatateurs, — telles les dilatations vasculaires, certaines hypérémies limitées, l'élévation de la température générale, la présence de la tache cérébrale que

(1) Dastre et Morat. Syst. nerv. vaso-moteur. Paris, 1884.

l'on rencontre si fréquemment dans la maladie de Basedow. Tous les auteurs rattachent ces phénomènes à une paralysie des vaso-moteurs, — on peut aussi lui rapporter certains des œdèmes qui se développent dans le cours du goître exophthalmique.

Nous connaissons presque toutes les causes qui peuvent occasionner la production d'œdèmes dans le cours de la maladie de Basedow. Chacune d'elles peut agir isolément, mais les cas où l'œdème peut être rapporté à un seul des groupes pathogéniques que nous venons d'étudier constituent une véritable exception; le plus souvent plusieurs causes s'associent pour l'engendrer.

A ces influences d'ordre pathologique viennent souvent s'en joindre d'autres d'ordre physique, telles que le froid, la pesanteur qui jouent quelquefois un rôle des plus important dans la détermination des hydropisies. Toutes ces influences s'ajoutent, s'unissent, se combinent de telle sorte qu'il est souvent impossible d'évaluer la part qui revient à chacune d'elles dans la pathogénie de l'œdème. Les cas sont rares où la cause pathogène apparaît nettement isolée, débarrassée de tout élément accessoire.

DIAGNOSTIC

Il est des cas où l'œdème demande à être recherché, mais le plus souvent le malade le signale lui-même à l'attention du médecin et le diagnostic s'impose.

Il ne faudrait pourtant pas regarder comme de nature œdémateuse certaines tuméfactions que l'on peut rencontrer dans le cours de la Maladie de Basedow et qui ne sont nullement en rapport avec une infiltration du tissu cellulaire; telle une tuméfaction particulière des paupières que M. le docteur Parinaud a eu l'occasion d'observer chez plusieurs malades atteints de goître exophthalmique et dont il a bien voulu nous communiquer la description suivante :

« Cette tuméfaction occupe les paupières supérieures ; « elle siège sur la partie membraneuse, et respecte, du « moins en partie, la portion tarsienne. Il ne s'agit pas « d'œdème, le doigt ne laisse pas d'empreinte ; la peau « n'est pas tendue mais flasque. Il y a généralement un « développement anormal des petits vaisseaux, on distin- « gue comme des varicosités sous-cutanées. Cette tumé- « faction n'occasionne pas de ptosis comme dans l'œdème.

« Il arrive au contraire, ainsi que cela s'observe assez sou-
« vent dans le goitre exophthalmique, que le bord de la
« paupière soit relevé par une sorte de spasme qui découvre
« le bord de la cornée. La tuméfaction palpébrale forme
« un bourrelet qui recouvre la portion tarsienne et vient
« reposer sur les cils. Ces particularités donnent au
« malade une physionomie particulière.

« Cette tuméfaction peut accompagner l'exophthalmie,
« mais je l'ai observée chez deux malades sans que le globe
« présentât de saillie appréciable et c'est précisément dans
« ces deux cas que la tuméfaction était le plus prononcée,
« à ce point que chez l'un des malades on avait cru à
« une affection inflammatoire et appliqué des sangsues
« au pourtour de l'orbite. — J'ajouterai que chez ces deux
« malades je n'ai pas trouvé non plus de goître, mais il
« y avait de l'accélération du pouls et du tremblement des
« mains. Il s'agissait d'après le diagnostic de M. Charcot
« d'un goître fruste.

« Cette tuméfaction parait être de même nature que celle
« du tissu cellulaire de l'orbite qui produit l'exophthalmie.
« Chez certains individus, la tuméfaction aurait de la ten-
« dance à se produire extérieurement, en raison sans doute
« de certaines dispositions anatomiques. La dilatation des
« vaisseaux sous cutanés confirme la théorie qui rapporte
« l'exophthalmie à la paralysie vaso-motrice. »

Nous devons également signaler un phénomène que M. Rendu à eu l'occasion d'observer chez certaines malades atteintes de goître exophthalmique (1). — C'est une

(1) Rendu. Nouv. dict encycl. des Sc. méd. Goître exophth.

sorte de tuméfaction œdèmateuse qui occupe symétriquement les creux sus claviculaires. Ce gonflement singulier de la région cervicale latérale ressemble assez au premier abord à une double hernie du poumon qui pointerait au-dessus des clavicules. Il donne la sensation d'un empâtement diffus, d'un œdème dur et rénittent, parfaitement indolent, non fluctuant, mat à la percussion et semble produit par une sorte de fluxion congestive du tissu cellulaire sous-cutané. Ce phénomène sur lequel M. Potain a depuis longtemps attiré l'attention ne se voit guère que chez les femmes névropathiques et parait être sous la dépendance d'un trouble de l'innervation cervicale. »

Le diagnostic de l'œdème ne présente donc en lui-même aucune difficulté, il est moins facile de déterminer ses rapports avec la maladie de Basedow. Celle-ci ne se présente pas toujours au grand complet, plusieurs symptômes tels que le goître, l'exophthalmie, le tremblement peuvent faire défaut ou passer inaperçus. L'œdème peut pourtant se montrer au cours de ces cas frustes, rien n'est plus facile alors que de méconnaître sa véritable cause ; s'il siège au membres inférieurs, on est d'autant plus tenté de le rattacher à une altération organique du cœur qu'il coïncide dans ce cas avec des palpitations et des bruits de souffle qui rendent fort admissible l'hypothèse d'une lésion valvulaire.

Mais si, comme il arrive le plus souvent, la maladie de Basedow est bien caractérisée, après s'être assuré que l'œdème ne dépend certainement pas d'une affection intercurrente (néphrite, cirrhose, rhumatisme etc) il ne restera plus qu'à déterminer le groupe pathogénique auquel

il correspond. — Chose parfois difficile car, ainsi que nous l'avons vu, l'œdème est souvent le résultat de plusieurs causes combinées dont il est impossible d'évaluer séparément l'influence.

Le siège de l'œdème peut quelquefois faciliter le diagnostic de sa cause. Occupe-t-il les membres inférieurs, s'est-il développé d'une façon graduelle et symétrique, on pensera à la possibilité d'un état dyscrasique ou d'une altération du cœur. Si au contraire il reste limité à un membre, à un segment de membre, à une moitié du corps, on pensera plutôt à une origine nerveuse.

Mais ni les caractères de l'œdème, ni son siège, ni sa marche ne peuvent fournir des renseignements suffisants sur la cause dont il procède. L'état général et l'aspect du malade, l'étude approfondi de son histoire, l'examen attentif, répété, des divers organes et particulièrement du cœur pourront seuls fournir les éléments d'un diagnostic pathogénique sérieux.

L'examen du cœur est rendu très-difficile par l'accélération parfois considérale des battements et par l'existence presque constante de bruits anormaux. Il importe pourtant de se renseigner aussi exactement que possible sur l'état de cet organe, car le pronostic diffère singulièrement suivant qu'on se trouve en présence d'une altération anatomique incurable ou d'un trouble fonctionnel simplement passager.

L'existence dans les antécédents du sujet d'une affection susceptibles de déterminations endocardiques pourra faire redouter une lésion valvulaire que l'auscultation permettra de reconnaître et de localiser. Pourtant il ne faudrait

pas se hâter de conclure de l'existence d'un souffle même bien localisé à celle d'une lésion organique du cœur. Les souffles inorganiques sont si fréquents dans la maladie de Basedow qu'on les retrouve dans presque la moitié des cas, et, par leur siège, par leur intensité, ils peuvent faire croire à des lésions valvulaires qui n'existent pas; presque toujours systoliques, tantôt doux, tantôt rudes et vibrants, ils peuvent, comme les bruits organiques, se propager assez loin de leur foyer d'origine; ce qui les différencie surtout de ces derniers c'est leur mobilité, ainsi que les variations qu'ils présentent dans leur timbre et leur intensité. Bien que leur siège de prédilection soit le deuxième espace intercostal gauche, ils peuvent cependant s'entendre à la pointe et leur interprétation devient alors très-délicate, car on est souvent tenté de leur assigner pour cause une insuffisance valvulaire alors qu'ils sont d'origine extracardiaque.

Supposons néanmoins que les caractères du souffle, son siège, le sens dans lequel il se propage aient fait admettre une insuffisance valvulaire : il restera encore à déterminer si cette insuffisance est ancienne et due à une lésion primitive des valvules, ou bien, si au contraire, elle est récente et provient d'une dilatation passagère des cavités du cœur. La palpation et surtout la percussion de la région péricordiale fourniront de précieux renseignements pour ce diagnostic car elles permettront d'apprécier les dimensions du cœur et les variations de volume que pourra présenter cet organe. Enfin l'examen du pouls donnera d'utiles indications sur l'état du muscle cardiaque et de son innervation.

Quand à l'anémie, la chlorose, la cachexie, la difficulté consistera moins à reconnaître leur existence qu'à décider quelle a pu être l'influence de l'un ou l'autre de ces états morbides sur la production de l'œdème.

Enfin, la prédominance des troubles nerveux, la constatation de plusieurs symptômes d'ordre névro-paralytitique (dilatation et battements des petites artères, troubles de calorification, congestions et éruptions passagères, production facile de la raie méningitique) pourront dès l'abord faire soupçonner l'origine nerveuse de l'œdème, mais souvent celle-ci ne pourra être considérée comme certaine que lorsqu'on aura établi l'absence de toute autre cause hydropigène.

PRONOSTIC

L'œdème est un accident le plus souvent sans gravité, surtout lorsqu'il reste limité au tissu cellulaire sous cutané. Mais s'il se généralise, s'il envahit les viscères, s'il s'accompagne d'épanchements abondants dans les cavités séreuses, il peut entraver l'accomplissement de fonctions essentielles et singulièrement assombrir le pronostic.

Heureusement ce n'est guère que dans les cas rares où la Maladie de Basedow aboutit à de graves lésions cardiaques ou a une profonde cachexie qu'on peut voir l'œdème prendre une importance aussi considérable.

En général, c'est au plus ou moins de gravité de la cause qui lui a donné naissance que l'œdème emprunte sa valéur pronostique.

Bénin, lorsqu'il est lié à l'anémie, à la chlorose, lorsqu'il résulte d'un trouble de l'innervation vaso-motrice, il devient plus sérieux lorsqu'il reconnaît pour cause une altération du cœur.

Si cette altération est purement fonctionnelle, si l'œdème ne fait que traduire un état de fatigue passager, de surmènement du muscle cardiaque, il ne peut guère ag-

graver le pronostic de la maladie principale. Mais s'il dépend d'une altération organique, son importance pronostique est subordonnée à la nature de cette altération.

Est-ce une altération transitoire, comme les insuffisances valvulaires que déterminent certaines dilatations passagères, le pronostic est relativement bénin. — Si au contraire la dilatation est permanente, si elle entraine l'insuffisance par distension exagérée des orifices auriculo ventriculaires, le pronostic devient pour le moins aussi grave que lorsqu'il s'agit d'une lésion primitive des valvules.

Enfin, il est inutile d'insister sur la gravité des œdèmes que l'on voit survenir à la période cachectique de la Maladie de Basedow.

TRAITEMENT

Le traitement local est celui de l'œdème en général. S'il siège aux membres inférieurs et s'il est peu accusé on se bornera à prescrire le repos et le maintien des membres dans une situation horizontale. Si le tissu cellulaire est distendu outre mesure par la sérosité, on pourra pratiquer quelques mouchetures.

Le traitement général doit être dirigé contre la cause même de l'œdème. S'il résulte d'un affaiblissement du cœur, que celui-ci soit dû à une lésion organique ou à un trouble de l'innervation cardiaque, on prescrira la digitale à la dose de 0,10 à 0,25 centigrammes par jour.

« Nous croyons, dit M. Debove (1), ce médicament « sans action contre le goître exophthalmique ; mais s'il «survient dans le cours de cette maladie des accidents « imputables à un affaiblissement du cœur, il rend alors « des services incontestables que nous pouvons comparer à « ceux qu'il rend dans le traitement des affections cardia- « ques d'origine valvulaire. »

(1) Debove. Note sur les accès d'asystolie surv. d. le cours du g. exophth. Union méd., 1880.

Si l'œdème est d'origine nerveuse, on donnera l'ipéca à faibles doses répétées plusieurs fois pendant le cours de la journée.

Monsieur le professeur Dieulafoy associe l'ipéca à l'opium dans les proportions suivantes :

Ipéca..... 0,04 centigrammes
Opium..... 0,05 centigrammes

pour une pilule. Deux par jour, une matin et soir.

OBSERVATIONS

Observation I (1)

Début de Maladie de Basedow sans goître ni exophthalmie. Troubles vaso-moteurs prédominants du côté gauche. Palpitations. Œdème de la face et des membres également prédominant à gauche.

Le 10 mai 1878 se présentait à la consultation de M. le prof. Peter à l'hôpital de la Pitié une jeune femme de 30 ans offrant les symptômes suivants : œdème de la face prédominant à gauche, œdème des membres supérieurs et inférieurs notamment à gauche, gêne de la respiration, quelques palpitations, pâleur et décoloration de la peau et des muqueuses ; de plus, quelques troubles digestifs et de la céphalalgie habituelle.

L'aspect général de cette malade joint aux symptômes précédents pouvait faire penser dès l'abord à l'existence possible d'une néphrite interstitielle. Mais l'examen des urines fit constater que ces dernières étaient normales. Le cœur était parfaitement sain ; il n'y avait pas trace de bruit de galop.

Cette idée devait donc être rejetée. La malade fut alors interrogée dans un autre sens : voici les renseignements que nous

(1) Cuffer. France médicale 13 juillet 1878.

receuillîmes. Toujours bien réglée, n'ayant jamais fait de maladie grave, mais sujette à tousser facilement, elle fut affectée vers l'âge de 17 ans d'un gonflement notable du corps thyroïde ; ce gonflement céda au bout de 5 mois à des applications répétées de pommade à l'iodure de potassium.

Depuis ce temps le gonflement n'a pas reparu.

Au mois de mars 1878 elle s'aperçut que ses deux pieds étaient enflés, principalement le soir et particulièrement à gauche.

Au mois d'avril les mains furent prises de la même façon que les jambes et, de plus, la malade ressentit de vives démangeaisons avec chaleur intense et sensation de battements très marqués dans toute la région palmaire. En même temps se manifeste une céphalalgie persistante mais plus vive surtout à gauche. L'œil gauche aussi devint rouge très-facilement et eut une grande tendance à se remplir de larmes ; la paupière du même côté se tuméfia. Aucun trouble de la vue.

Enfin la malade ressentit fréquemment des bouffées de chaleur s'accompagnant de sueurs abondantes du côté gauche.

En présence de cet ensemble de symptômes il était évident que l'on avait affaire à des troubles du système vaso-moteur avec localisation presque exclusive du côté gauche.

M. Peter poursuivant son interrogatoire nous fit remarquer que ces troubles survenaient surtout à l'époque des règles ; que la température était un peu augmentée du côté malade (main droite 37° 2, main gauche 37° 4); qu'il y avait dans le dos et à gauche une éruption érythémateuse et même un peu papuleuse ; enfin, que la raie dite méningitique apparaissait de ce côté avec une grande rapidité.

On ne trouve chez cette femme aucun signe d'hystérie, pas d'anesthésie ; mais elle nous dit être très impressionnable depuis quelque temps. Cette impressionnabilité jointe aux symptômes précédents et aux palpitations firent penser à M. Peter que l'on avait affaire à un début de Maladie de Basedow mais sans goître et sans exophtalmie.

Le traitement ordonné fut l'hydrothérapie.

Depuis que la malade suit ce traitement elle se trouve beaucoup mieux et il est permis d'espérer que la maladie pourra ainsi être enrayée.

Observation II (1)

Goître exophthalmique incomplet. Troubles nerveux surtout accusés dans la partie supérieure du corps. Œdème des jambes.

Mme A. B. 50 ans, extrêmement nerveuse m'est présentée comme ayant une affection du cœur et me consulte sur cette affection.

En réalité, elle a un goître exophthalmique mais incomplet en ce sens qu'ayant de la maladie de Graves l'hypertrophie du corps thyroïde et du cœur, la malade n'en a pas l'exorbitis.

Palpitations habituelles, pouls très-fréquent à 110 et 120, essoufflement facile.

Il n'y a ni souffle cardiaque, ni souffle aortique et la malade qui, avant de me demander mon avis, avait pris celui de M. Bouillaud me montre alors une consultation de laquelle il résulte que ce savant médecin avait comme moi rejeté l'existence d'une affection organique du cœur dans le sens où on l'entend habituellement, mais qu'il avait trouvé le cœur volumineux et il est en effet très-hypertrophié.

Cette dame présente un ensemble de symptômes très-remarquables qui me semblent enchaînés les uns les autres dans un même lien pathogénique ce sont : des démangeaisons insupportables le soir au lit, surtout à la poitrine, sur le haut du corps et des bras, une agitation accompagnée d'une sensation de douleur extrême, avec gonflement visible des veines de la poitrine, du cou et des bras. Les poignets, les mains deviennent rouges, brûlants, de même que la tête.

Battements violents et irréguliers du cœur. Souvent douleur à

(1) Peter. Archives générales de médecine 1871-1-329.

la pointe du cœur avec sentiment de gêne et de pesanteur dans tout le côté gauche et le bras.

Depuis quelque temps gonflement œdémateux des jambes et des pieds surtout le soir.

Cette malade oppose d'ailleurs une remarquable résistance au froid en raison de son excès de calorique périphérique.

Ces démangeaisons, ce gonflement des veines du cou et des bras, de la poitrine, cette chaleur et cette rougeur de la tête sans céphalalgie, M. Peter les rattache à une paralysie du grand sympathique. Il considère également comme un phénomène d'ordre névro-paralytique la tache cérébrale qui existait également dans les régions envahies par la dilatation vasculaire. Quant à l'œdème observé chez cette malade il est probable qu'il reconnaissait lui aussi pour origine un trouble de l'innervation vaso-motrice.

Observation II I(1)

Maladie de Graves sans exophthalmie. — Troubles nerveux prononcés. — Œdème des jambes.

M. X... de Lyon, 53 ans. Tempérament éminemment nerveux.

Bien portant jusqu'à 50 ans.

En 1860, chagrin qui émut beaucoup M. X... et lui laissa une longue tristesse. Quelques mois après le corps tyroïde commença à grossir et acquit en peu de temps un volume notable, surtout le lobe droit.

Un peu plus tard il ressentit des battements de cœur assez violents et de l'oppression en marchant et en montant. Ces palpitations et l'essoufflement revenaient par accès. Il perdit le sommeil, devint impatient et irritable, s'aperçut que son pouls avait habituellement une grande fréquence et maigrit rapidement.

(1) Daubresse. Thèse de Paris. 1883.

Bien qu'il fut contrarié de l'ampleur de son cou, M. X... se préoccupa surtout de ses palpitations, il se crut affecté d'une hypertrophie cardiaque.

L'auscultation faisait en effet reconnaître une violente impulsion du cœur et un bruit de souffle systolique à la base, mais la percussion ne démontra pas une augmentation sensible de la matité précordiale.

Il était facile de reconnaître chez M. X... l'ensemble des symptômes qui caractérisent la maladie de Graves, car, indépendamment du goître et des battements exagérés du cœur, il présentait les pulsations visibles des vaisseaux du cou, le frémissement de cette partie à la palpation, une grande fréquence habituelle du pouls, une agitation nerveuse augmentée par la chaleur et par le froid, une faiblesse générale et un amaigrissement notable contrastant avec l'augmentation de l'appétit

Il présentait en outre un œdème des jambes assez accusé.

Un seul symptôme manquait c'était l'exophthalmie.

Depuis trois ans la maladie a eu plusieurs temps d'arrêt et plusieurs récidives.

M. X... a essayé plusieurs médications contre son goître et contre ses battements de cœur, mais toutes ont échoué.

Une seule chose a paru le soulager, c'est le changement de résidence, l'action de l'air vif des montagnes et les bains froids : plus l'air qu'il respire est froid et mieux il se trouve.

Depuis 1860, il a passé ses étés dans les Vosges et dans le Dauphiné et sous l'influence de ce seul moyen il a éprouvé une amélioration des plus heureuses.

La violence des battements du cœur a diminué, le bruit de souffle a disparu, le pouls est moins fréquent, le sommeil est revenu.

Le goître offre moins de soulèvement mais le corps thyroïde reste toujours volumineux.

Voilà trois ans que la maladie existe et qu'elle offre des caractères suffisamment prolongés pour qu'on ne puisse douter du diagnostic ; mais les yeux n'ont jamais été saillants et leur expression est restée naturelle.

Observation IV (1)

Maladie de Basedow, début remontant à 18 mois. — Développement simultané de l'exophthalmie et d'un œdème des membres inférieurs.

Léonie D..., 62 ans. Bonne santé habituelle.

A 16 ans, apparition des règles, depuis lors la menstruation s'est toujours faite régulièrement jusqu'à la ménopause à 49 ans. A ce moment épistaxis fréquentes et abondantes.

En 1832, elle entra à l'Hôtel-Dieu pour une cholérine et des battements de cœur très-violents qui disparurent promptement.

Le début de sa maladie remonterait à 18 mois. Elle devint alors sujette à des battements de cœur, à des accès de suffocation. Les palpitations, l'oppression d'abord peu accusées augmentèrent peu à peu d'intensité et depuis 7 mois leur violence rend tout travail impossible.

En novembre 1861, elle eut, dit-elle, chaud et froid, fut prise d'un léger mouvement fébrile et quelques jours après s'aperçut que ses jambes étaient enflées.

Depuis lors le gonflement des membres inférieurs n'a jamais disparu complètement, il diminue par le repos, augmente par la marche et la station debout.

En même temps que l'œdème des jambes, survint un autre phénomène qui effraya beaucoup la malade ; ses yeux devinrent saillants et très-gros et, pour nous servir de son expression, les voisins lui trouvèrent un air effaré.

L'exophthalmie devenant de plus en plus accusée, la malade sollicita son admission à l'hôpital St-Louis où nous avons pu l'observer, salle St-Thomas n° 46.

Ce qui frappe tout d'abord chez cette femme, c'est l'énorme sail-

(1) Turgis. Thése de Paris 1863. Obs. V.

lie que forment les globes oculaires ; les paupières ne peuvent arriver à les recouvrir entièrement.

Le corps tyroïde offre une légère hypertrophie de ses lobes latéraux ; il est animé de battements très énergiques.

La voix est devenue criarde, chétive, elle s'est notablement affaiblie depuis trois semaines.

La malade accuse une sensation de chaleur qui ne la quitte pas elle a toujours trop chaud, dit-elle, et elle recherche le froid.

Les battements du cœur sont énergiques. La matité précordiale est un peu plus étendue qu'à l'état normal ; aussi pensons-nous qu'il existe une hypertrophie légère de cet organe. Le premier bruit est accompagné d'un souffle doux à la base.

Les pulsations carotidiennes sont extrêmement fortes et facilement perceptibles à la vue. Toute la région cervicale est soulevée à chaque ondée sanguine.

A l'auscultation on perçoit un bruit de souffle doux.

Le pouls est régulier, normal, et donne 80 pulsations par minute.

Les pieds et la partie inférieure des jambes sont le siège d'un œdème peu considérable. On y observe également un peu d'érythème. Pas d'albumine dans les urines.

Observation V (1)

Maladie de Basedow datant de 8 mois. — Accès d'asystolie. — Œdème considérable des membres inférieurs. — Cœur ; pas d'altération organique ; surmènement par trouble de l'innervation.

Elise N..., âgée de 38 ans.

Au mois de janvier 1879, à la suite d'une vive émotion, ses règles se supprimèrent brusquement et elle vit se développer ra-

(1) Debove. Union médicale, 24 juin 1880. Ob. II.

pidement les signes de sa maladie : palpitations, goître, exophthalmie.

Au mois de mars, elle s'aperçut qu'elle avait de l'œdème des malléoles, elle entra à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Oulmont que nous avions l'honneur de suppléer; outre les signes caractéristiques de la maladie de Graves, nous constatons que les battements du cœur sont fréquents (120 pulsations), irréguliers. — Il n'y a pas de souffle cardiaque.

Teinte jaunâtre des conjonctives, foie débordant les fausses côtes de trois travers de doigt ; un peu d'ascite ; œdème des membres inférieurs.

Nous prescrivons la digitale ; la situation s'améliore, l'œdème disparait et la malade sort considérablement améliorée le 2 avril.

Le 2 septembre 1879, la malade revient de nouveau nous consulter, nous l'admettons dans le service de M. Hérard que nous avions alors l'honneur de suppléer.

Outre les signes d'un goître exophthalmique, nous constatons l'existence d'un œdème considérable qui occupe non-seulement les jambes, mais les cuisses, les grandes lèvres, la paroi abdominale. — L'ascite est considérable. — Le foie déborde les fausses côtes de plusieurs travers de doigt.

Le pouls est fréquent (120 pulsations), irrégulier, intermittent.

A l'auscultation du cœur, nous croyons percevoir une souffle de la pointe ; mais son existence est loin d'être évidente.

Nous prescrivons à la malade une dose quotidienne de 0,25 centigrammes de poudre de digitale.

Sous l'influence du traitement on provoque, dans l'espace de quelques jours, la résorption des épanchements, une diurèse abondante.

Le foie revient à son volume normal.

Les battements du cœur sont fréquents mais réguliers.

La malade est dans un état satisfaisant à sa sortie dans les derniers jours de septembre.

L'auscultation permet de reconnaître qu'il n'existe pas de souffle cardiaque.

Observation VI (*Résumée*) (1)

Maladie de Basedow, début remontant à 10 ans. — Œdème des membres inférieurs à plusieurs reprises. — Dilatation du cœur sans lésion valvulaire. — Anémie.

Mme de P···, de nationalité russe (janvier 1883).

A 15 ans, elle a remarqué pour la première fois une grosseur sur la ligne médiane du cou, au niveau du corps thyroïde. Cette grosseur est restée pendant 3 ans stationnaire sans s'accompagner ni de palpitations ni de tremblement.

A 18 ans (1875) elle consulte un médecin qui, la trouvant très-anémique, lui conseille le séjour de Cannes. A ce moment, elle est fiancée, éprouve de vives émotions et commence à avoir des palpitations surtout après les repas. Depuis lors le cou s'est mis à grossir progressivement, sans poussées aigües, mais sans arrêt.

En 1880, elle eut une première fois les pieds enflés pendant 4 à 5 mois.

En décembre 1882. Attaque de rhumatisme, — presque toutes les articulations auraient été enflées, rouges et douloureuses. Le cœur ne semble pas avoir été touché à cette époque, du moins le médecin n'en a rien dit.

Le goître occupe les trois lobes du corps thyroïde avec prédominance sur le lobe moyen.

Les yeux ne sont pas saillants.

Les palpitations sont devenues de plus en plus violentes ; quelquefois douleur précordiale très-vive augmentant dans les fortes inspirations. Toujours un peu oppressée lorsqu'elle parle, elle est obligée de couper ses phrases.

Pendant plusieurs mois elle a eu des périodes de boulimie ;

(1) Marie. Th. de Paris, 1873. Obs. V.

1883.

souvent des diarrhées survenant subitement, durant quelques heures et s'arrêtant de même.

Pendant une année, il y a 2 ans, sueurs abondantes continuelles; — pas de taches pigmentaires ; — pas d'urticaire.

Tremblement surtout accusé dans les membres supérieurs, se présente avec ses caractères ordinaires et s'exagère beaucoup lors des émotions, des contrariétés.

Pouls petit, dépressible, 110 à 120, semble régulier pourtant, le médecin en Russie l'aurait trouvé quelquefois irrégulier.

Respiration. 28. De temps en temps, accès de toux probablement dus à une excitation du pneumogastrique.

A l'auscultation, les bruits du cœur sont assez forts, mais ne présentent pas précisément le timbre métallique. Bruit de souffle doux au premier temps et fort à la base et au niveau du bord droit du sternum

A la percussion, la matité du cœur semble augmentée.

L'auscultation des poumons révèle une certaine rudesse de la respiration, à la percussion, son parfaitement normal.

Les règles sont peu abondantes, mais assez régulières ; à chaque période menstruelle le goître devient un peu volumineux et un peu plus dur.

Les deux jambes jusqu'aux genoux sont le siége d'un œdème peu prononcé quand la malade est au repos, mais augmentant très notablement le soir.

Déjà, il y a 3 ans, la malade a eu les jambes œdématiées pendant plusieurs mois.

La malade venant d'avoir un rhumatisme articulaire, le cœur aurait pu être touché pourtant l'auscultation démontra l'absence de lésion valvulaire, et d'ailleurs, celle-ci eut-elle existé, qu'il aurait été impossible de lui rapporter l'œdème observé 2 ans avant le rhumatisme en question. Que l'anémie du sujet ait favorisé à ce moment la production de l'œdème, cela est probable, toutefois nous pensons que le rôle le plus important dans la pathogénie de cet œdème doit être attribué aux altérations du cœur et surtout à sa dilatation dont l'existence ne peut être mise en doute.

Observation VII (1)

Maladie de Basedow. Accès d'asystolie; dilatation et affaiblissement du cœur. — Œdème des membres inférieurs.

H... 35 ans, mènagère. Vers la fin de 1867, son cou augmenta de volume; elle eut en même temps des palpitations et de l'exophthalmie.

En 1869, elle entra à l'hôpital St-Antoine dans le service de Lorain qui diagnostiqua un goître exophthalmique, prescrivit des douches, du fer, du quinquina. Au bout de trois mois elle sortait, dit-elle, complètement guérie.

En 1876, elle eut un enfant et à la suite de sa couche une pelvi-péritonite. Sous l'influence de l'état puerpéral aucun des accidents antérieurs ne réapparut.

Le 15 août 1878, à la suite d'une violente émotion, H... fut prise de palpitations et d'accès de suffocation; bientôt le corps thyroïde se tuméfia et l'exophthalmie devint évidente.

En février 1879, la malade entre à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Oulmont que nous avions l'honneur de suppléer.

L'exophthalmie est prononcée.

Le corps thyroide volumineux est le siége des battements qu'on peut reconnaître à la simple inspection.

Le cœur est peut être un peu augmenté de volume, ses battements sont fréquents, très irréguliers, et par cela même difficiles à compter.

La dyspnée est très notable; les réponses sont brèves, saccadées.

L'auscultation des poumons fait reconnaître l'existence de râles assez nombreux existant à leur base.

(1) Debove, loc. cit. Obs. I.

Les membres inférieurs sont œdématiés : cet œdème, marqué surtout aux malléoles, remonte jusqu'au niveau du genou.

Pas d'ascite.

L'état général est bon, le pannicule adipeux sous-cutané est assez développé.

L'anémie est peu prononcée ; on entend cependant un léger souffle à la base du cœur au premier temps.

Nous prescrivons de l'arséniate de fer, des douches et de la digitale.

Sous l'influence de ce traitement, les battements du cœur se régularisent, deviennent moins précipités, l'œdème disparaît rapidement ainsi que la dyspnée et H... trois semaines après son entrée à l'hôpital sortait, sinon guérie, du moins considérablement améliorée.

Observation VIII (*Résumée*) (1)

Palpitations. — Arythmie. — Dilatation du cœur. — Insuffisance tricuspide relative. — Congestion hépatique ; ictère. — Congestion rénale ; albuminurie. — Œdème des membres inférieurs.

Mme G..., 51 ans, couturière (février 1883).

Mère et sœur nerveuses.

Bronchite aigüe il y a 4 ans, en même temps un peu de rhumatisme subaigu aux jointures des doigts.

Pas d'exophthalmie a proprement parler, mais les yeux sont un peu plus gros qu'auparavant ; — pas de signe de de Grœfe.

Il y a 6 ans, sans raison, elle s'est sentie prise tout à coup de violentes palpitations.

A ce moment, elle tremblait beaucoup et même beaucoup plus que maintenant ; elle faisait trembler les personnes sur lesquelles elle s'appuyait ; il lui était impossible de coudre. Elle avait alors

(1) Marie. loc. cit. Obs. XI.

de terribles accès de palpitations qui duraient 12, 24 heures puis cessaient brusquement.

Maintenant au contraire ces palpitations sont continuelles, mais moins intenses que les accès dont nous venons de parler.

Le goître est très accusé, il occupe tous les lobes du corps thyroïde ; c'est vers l'âge de 22 à 23 ans qu'il a commencé à se développer ; depuis il était resté à peu près stationnaire quand il y a 6 ans, il s'est mis à augmenter rapidement, en même temps survenaient les palpitations.

Le pouls est très rapide (140 et plus), il est petit, dépressible, semble irrégulier, il l'est en effet.

Les battements du cœur sont très violents, la pointe bat dans le 6e espace intercostal et dans la ligne du mamelon. Les deux bruits diastoliques et systoliques sont tous deux soufflés ; mais c'est un souffle bref non pas prolongé. Les battements sont irréguliers, par série de 3 ou 4 à peu près réguliers, puis un retard et une nouvelle série de battements réguliers. Cette irrégularité se retrouve très nettement sur les tracés.

Tremblement des mains modéré ; il était beaucoup plus intense il y a 6 ans.

Sueurs très intenses sur le corps (poitrine, dos) et sur le front.

Presque tous les jours, accès de fringale très-caractérisés, mais pas une boulimie continuelle.

Taches pigmentaires sur le côté droit du visage. — Poussées d'urticaire chaque fois que la malade va à la campagne, cessant dès qu'elle rentre à Paris.

Quintes de toux fréquentes et prolongées, survenant principalement la nuit. 29 respirations par minute. Rien dans les poumons. Un peu d'oppression surtout quand elle monte les escaliers.

Souvent elle a une sensation d'angoisse très intense accompagnée d'une augmentation des palpitations mais sans que ce soit là de l'angine depoit rine à proprement parler.

Elle se plaint depuis quelques jours de douleurs sourdes au

niveau de la région hépatique et présente un peu de subictère des conjonctives. Il y a dans les urines une très-légère quantité d'albumine.

A deux reprises différentes, il y a eu de l'œdème des membres inférieurs.

La première fois il y a six ans, au moment des accès de palpitations. La seconde au mois de novembre 1882; à cette époque même l'œdème remontait presque jusqu'à la ceinture.

Dans l'intervalle de ces deux apparitions, et depuis, l'œdème a toujours persisté au niveau des malléoles, surtout au niveau de la malléole gauche, mais peu accusé et s'exagérant seulement un peu le soir.

Observation IX (*Résumée*) (1)

Maladie de Basedow datant de 9 ans. — Œdème persistant des jambes. — Dilatation du cœur.

Félicie D..., 25 ans. (20 janvier 1873).

Vers l'âge de 16 ans, léger développement du cou.

Mars 71, le cou grossit, les yeux deviennent saillants. Palpitations. Tremblement des mains. Appétit considérable, soif continue, diarrhée fréquente.

Mai 72. Cou si volumineux qu'il détermine une gêne de la déglutition. Depuis plus de 8 mois les jambes, autour de la cheville, sont enflées, surtout le soir après la marche. Le gonflement persiste quelquefois au lever.

Maigreur de la face et de tout le corps. Les muqueuses ne sont pas décolorées.

Le thorax n'offre rien de particulier à la vue, à la percussion et à l'auscultation si ce n'est dans la région cardiaque. Chaque battement de cœur le soulève.

(1) Villeneuve. Th. Paris, 1876. Obs. X.

La matité commence sur le bord inférieur de la 3me côte et finit au-dessous de la 6me. La pointe bat sur le bord inférieur de cette dernière et au-dessous du sein.

Sur le bord gauche du sternum, dans le 3me espace intercostal, on entend le maximum d'un souffle systolique qui semble anémique.

Au cou l'auscultation décèle un bruit de souffle continu à renforcement systolique.

Pouls radial régulier, assez plein. 140 pulsations.

Les globes oculaires sont très-proéminents, les yeux ne sont jamais fermés même pendant le sommeil. Les mouvements des paupières n'existent plus.

Sensation de chaleur exagérée. Peu de sommeil. Diarrhée.

Le 19 mars. On examine de nouveau la malade et l'on trouve la matité du cœur entre la 3me et la 6me côte. La pointe bat dans le 6me espace intercostal. Bruit de souffle à la base et au premier temps.

Pouls 122.

Observation X (*personnelle*)

Maladie de Basedow à forme fruste. — Œdème considérable des membres inférieurs

X..., 58 ans, comptable (mai 1888).

Cet homme se présente à la consultation avec un tremblement généralisé qui occupe non-seulement les membres, mais s'étend aussi à la face, aux lèvres, à la langue, de telle sorte que la parole, trémulante, hésitante, rappelle assez celle de la paralysie générale ou de la sclérose en plaques.

Ce malade fut admis dans le service de M. le professeur Dieulafoy au n° 14 de la salle St-Jean.

Outre ce tremblement, il accusait des palpitations qui depuis quelque temps étaient devenues très gênantes ; il se plaignait éga-

lement de fréquents accès d'oppression et depuis 3 semaines il éprouvait un sentiment de malaise et de faiblesse générale.

Le cœur bat dans le 5me espace intercostal; il semble y avoir une légère augmentation de la matité cardiaque. Les battements sont précipités et ébranlent la région précordiale.

A l'auscultation on ne perçoit aucun bruit de souffle continu ; il y a un peu d'arythmie.

Les vaisseaux du cou sont animés de battements violents et très rapides, la main appliquée sur eux perçoit un frémissement et l'auscultation révèle l'existence d'un bruit de souffle continu.

Le pouls est fréquent (145 pulsations) petit, irrégulier.

Le tremblement occupe les membres supérieurs, les membres inférieurs et la face, il a beaucoup diminué ces temps derniers ; mais au moment de son apparition, il y a environ un mois, il était extrêmement accusé. Il n'y a pas à proprement parler de goître ; le lobe droit de la glande thyroïde est peut-être un peu hypertrophié, mais le malade n'a pas remarqué si son cou grossissait.

Il n'y a pas non plus d'exophthalmie, mais une véritable étrangeté du regard qui n'existe que depuis quelque temps seulement.

Le caractère s'est manifestement modifié, le malade est devenu plus sombre, irascible. Il se plaint d'insomnie.

On trouve des taches pigmentaires sur la nuque, sur le bras et l'avant-bras gauches.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

M. Dieulafoy reconnait l'existence d'une maladie de Basedow a forme fruste et prescrit l'iodure de potassium et la digitale. Sous l'influence de ce traitemenet survient une amélioration notable, les palpitations diminuent, les battements du cœur deviennent moins forts et moins fréquents, le pouls tombe à 120, mais conserve toujours une certaine irrégularité. L'auscultation du cœur ne décèle l'existence d'aucune lésion organique ; il y a simplement un peu d'arythmie

Dix jours après son entrée, le malade se sentait très amélioré, le tremblement avait complètement disparu, mais l'affaiblissement musculaire persistait. X..., se plaignait d'avoir les jambes lour-

des et d'éprouver des douleurs vagues dans les membres inférieurs.

C'est alors que survint un œdème qui prit en moins de trois jours des proportions considérables ; d'abord limité à la face dorsale du pied, à la moitié inférieure de la jambe, il ne tarda pas à monter jusqu'à la ceinture après avoir envahi tour à tour et symétriquement les cuisses, le scrotum, la verge et les parois abdominales. Le gonflement des membres inférieurs devint même tel qu'on fut obligé de pratiquer plusieurs mouchetures à différentes reprises. Il n'y eut pas d'ascite.

Cet œdème se présentait avec tous les caractères d'un œdème cardiaque ; les résultats négatifs fournis par l'auscultation, l'absence de tout état cachectique déterminèrent M. Dieulafoy, à rattacher cet œdème à un trouble de l'innervation vaso-motrice. La digitale fut portée de 0,10 à 0,15 centigrammes, l'ipéca fut administré en pilules de 0,10 centigrammes, une matin et soir, le malade fut mis au régime lacté.

Pourtant l'œdème ne céda que difficilement, les urines restèrent rares et colorées. Les autres symptômes continuèrent cependant à s'amender ; le pouls tomba de 120 à 100, les palpitations et les accès d'oppression devinrent plus rares.

Ce ne fut qu'au bout de 3 semaines que l'œdème disparut et cette disparition coïncida avec une diarrhée assez abondante.

Deux mois après son admission dans le service, le malade en sortait très amélioré.

Observation VI (*personnelle*)

Maladie de Basedow. — Œdème considérable des membres inférieurs

Léontine B..., 26 ans, prestidigitatrice, entre le 25 août 1888 dans le service de M. le professeur Dieulafoy, à l'hôpital Necker,

salle Monneret, n° 4 pour un goître exophthalmique des plus caractérisés.

Elle ne peut fournir que des renseignements très-vagues sur ses antécédents héréditaires. Sa mère et une de ses tantes étaient rhumatisantes.

Jusqu'à l'âge de 11 ans, la malade a habité Villefranche (Aveyron).

A 10 ans, attaque de rhumatisme articulaire aigu, toutes les jointures, même celles des mains et des pieds furent prises ; elle fut obligée de garder le lit pendant deux mois. Elle n'aurait rien eu du côté du cœur.

Jamais elle n'a eu d'autre attaque de rhumatisme et s'est toujours très bien portée pendant ces 15 dernières années qu'elle a passées continuellement en voyages, parcourant une grande partie de l'Algérie, de la Corse, de l'Egypte, donnant des séances de prestidigitation, menant une vie très-agitée, très-fatigante, sans jamais éprouver la moindre indisposition.

En octobre 1887, elle s'embarque pour Panama. Cinq jours après son arrivée, (6 novembre), elle est prise d'un point de côté, de toux, de frissons et de fièvre, elle avait une pleurésie gauche. Elle put reprendre son travail 3 semaines plus tard, mais elle était très affaiblie, avait des tendances à la syncope et quelques palpitations.

Le 23 décembre, elle fut prise de la fièvre jaune et éprouva une très-vive frayeur en se voyant atteinte de cette maladie, elle resta à Panama jusqu'à ce que son état lui permit de s'embarquer pour Marseille.

Depuis sa fièvre jaune, elle a toujours présenté une paraplégie presque complète dont elle est encore atteinte lors de son entrée à Necker.

C'est à la fin de Mars 1888 que la malade rentre à Paris et le soir même de son arrivée, elle fait appeler un médecin. Frappé de la saillie des yeux, du gonflement du cou que la malade avait à peine remarqué jusque-là, celui ci diagnostique un goître exophthalmique et prescrit du bromure de potassium et des douches ; il pres-

crit également une potion contre une diarrhée persistante dont la malade souffrait depuis plus d'un mois.

Jusqu'au 4 août la malade prend des douches et du bromure sans éprouver aucune amélioration. Elle se décide alors à aller passer quelques jours au bord de la mer à Berçk. Le soir même de son arrivée, les palpitations redoublent, elle est prise de dyspnée et d'œdème des jambes.

D'abord localisé au pourtour des malléoles, cet œdème ne tarde pas à augmenter, il envahit rapidement les jambes, puis les cuisses, les grandes lèvres et en 48 heures, il occupe tout les membres inférieurs et le tronc jusqu'à la ceinture. La face est, elle aussi, notablement œdématiée. Les bras et la partie supérieure du tronc seuls n'ont pas été envahis. Cet œdème augmentait le soir lorsque la malade se levait, bien qu'il lui fût impossible de rcher ; il diminuait par le repos au lit sans cependant disparaître entièrement.

Inquiétée par la persistance de cet œdème, la malade revint à Paris et fut admise dans le service de M. Dieulafoy. (24 août).

Lors de son entrée on constate qu'elle est effectivement atteinte d'une maladie de Basedow des plus manifestes ; de plus, elle présente une parésie très accentuée des membres inférieurs ; jamais cette paraplégie ne s'est accompagnée d'incontinence d'urine.

Goître. — Le corps tyroïde est très-développé, surtout à droite ; il est animé de battements des plus visibles, à la palpation on perçoit un frémissement, à l'auscultation on entend un bruit de souffle continu à renforcement systolique.

Exophthalmie. — Très accusée, portant également sur les deux yeux, s'accompagnant parfois de diplopie. Pendant le sommeil les paupières ne recouvrent qu'incomplètement le globe oculaire. Depuis quelques jours légère conjonctivite. Les pupilles sont plutôt rétrécies. Le signe de de Grœfe manque.

Cœur. — Légère voussure précordiale. Violente impulsion car-

diaque. La pointe bat dans le 6me espace où elle soulève fortement la paroi thoracique. La matité cardiaque est légèrement plus étendue qu'à l'état normal. Palpitations fréquentes, plus violentes depuis six mois, surtout à la suite d'émotions.

A l'auscultation ; bruit de souffle systolique dont le maximum d'intensité est au niveau du 2e espace intercostal gauche.

Pouls petit, régulier, fréquent (160-165).

Les carotides sont animées de battements très nets ; leur fréquence est telle qu'il est impossible de les compter. — L'auscultation des vaisseaux du cou fait entendre un bruit de souffle avec renforcement systolique.

Pas de battements aortiques. — Pas de pouls hépatique.

Tremblement. — Depuis janvier la malade a été prise de tremblement. Limité d'abord aux membres inférieurs, il a gagné la tête puis les membres supérieurs où il se présente aujourd'hui avec le plus de netteté. Léger, mais continu, il s'exagère lorsque la malade s'impatiente ou cherche à faire un ouvrage délicat.

Pendant ces derniers mois le caractère de la malade s'est singulièrement modifié, elle est devenue irascible, méchante; elle se rend parfaitement compte de ce changement. Elle a eu deux ou trois attaques de nerfs pendant lesquelles elle a complétement perdu connaissance.

Elle se plaint d'insomnies, de sensation de chaleur insupportable, elle a des sueurs abondantes.

Réglée pour la première fois à 12 ans, elle l'avait toujours bien été jusqu'au mois d'octobre 1887. — Depuis ses règles n'ont pas reparu.

Pas de leucorrhée. Pas de taches pigmentaires.

L'appétit est conservé, la soif assez intense.

L'œdème a légèrement diminué pendant les deux jours précédents, mais il est toujours aussi étendu et la face est encore légèrement gonflée.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

M. Dieulafoy n'admet pas l'existence d'une lésion valvulaire du

cœur et considère l'œdème observé chez cette malade comme un phénomène d'ordre névro-paralytique; il prescrit le traitement suivant : infusion de feuilles de digitale, 0,10 centigrammes.

Ipéca..... 0,04 centigrammes.
Opium..... 0,05 —

Pour une pilule, une matin et soir.

27 août. L'œdème a beaucoup diminué. Les jambes sont toujours un peu infiltrées, mais la face n'est plus œdématiée.

Les palpitations, la dyspnée, ont presque complètement disparu.

Les battements de cœur sont moins fréquents, 140-150.

Le bruit de souffle de la base a beaucoup diminué d'intensité.

Les urines sont augmentées de quantité; elles ne contiennent pas d'albumine.

11 septembre. La malade a pu marcher, sa paraplégie a presque complètement disparu, il ne lui reste plus qu'un peu de faiblesse dans les membres inférieurs.

La malade se sent très-améliorée, le pouls est tombé à 120-140.

Le bruit de souffle de la base est devenu plus fort et s'étend jusqu'à la pointe.

Les jambes sont encore un peu œdématiées.

Du 11 septembre aux premiers jours d'octobre, l'état de la malade reste à peu près stationnaire, il persiste toujours une légère infiltration des jambes, surtout au niveau des malléoles. — A certains jours le stethoscope laisse sur la poitrine une empreinte persistante, ce qui indique un léger œdème des parois thoraciques.

Les palpitations sont devenues bien plus rares, le pouls se maintient à 120. Le souffle de la base présente de nombreuses variations comme timbre et comme intensité, il se propage à certains moments jusqu'à la pointe et pourrait faire croire alors à une lésion valvulaire qui n'existe pas.

L'analyse des urines pratiquée à plusieurs reprises quelques temps après les repas n'a jamais révélé la moindre trace d'albumine.

Enfin lorsque la malade quitta le service, le 10 octobre, elle était très-améliorée et il ne restait plus aucune trace de l'œdème

dont les membres inférieurs avaient été le siège pendant plus d'un mois.

CONCLUSION

L'œdème du tissu cellulaire sous cutané se rencontre assez fréquemment au cours de la maladie de Basedow. Limité le plus souvent aux membres inférieurs, il peut se développer en toute autre région du corps ; il peut même se généraliser.

Bien que, dans la majorité des cas, il n'aie par lui-même qu'une importance secondaire, l'œdème, par les précieux renseignements qu'il peut fournir tant sur l'état du sang que sur celui de la circulation, mérite toujours d'attirer l'attention.

S'il est quelquefois l'indice d'une complication grave de de la maladie de Basedow, il est loin d'avoir toujours la signification redoutable qu'on lui a souvent attribuée, il peut en effet se développer en dehors de tout état cachectique, en l'absence de toute lésion valvulaire, et les causes qui peuvent lui donner naissance sont nombreuses.

Les troubles de l'innervation vaso-motrice, la dilatation permanente ou transitoire du cœur, son affaiblissement passager, l'anémie, la chlorose, sont autant de conditions

qui peuvent favoriser la formation de ces œdèmes. Souvent même, ces divers états morbides se combinent, s'associent de telle sorte qu'il est souvent impossible de déterminer la part qu'a pu prendre chacun d'eux dans la production de l'œdème constaté.

Il n'en faut pas moins chercher à déterminer l'influence de chacune de ces conditions pathogéniques, car s'il en est dont l'existence au cours de la Maladie de Basedow n'assombrit guère le pronostic, il en est d'autres qui l'aggravent singulièrement.

Vu : *le Président de thèse*,
DIEULAFOY.

Vue et permis d'imprimer :
Le vice-recteur de l'Académie de Paris.
GRÉARD.

Vu : *Le Doyen*,
BROUARDEL.

Imprimerie des Écoles Henri Jouve, 23, rue Racine, Paris